KPMG
cutting through complexity™

PLEXUS

Advies integrale bekostiging geboortezorg



Januari 2016

Samenvatting
Advies integrale bekostiging geboortezorg

Vraag van Ministerie van VWS

- Het Ministerie van VWS wil graag advies over de invoering integrale bekostiging geboortezorg. Specifiek voor de volgende gebieden:
  - I. Reikwijdte en prestatiestructuur
  - II. Informatie aanlevering
  - III. Risico's
  - IV. Implementatie

Buiten scope van dit advies

- Governance structuur geboortezorgorganisaties
- Fiscale regelgeving geboortezorgorganisaties: BTW bij onderliggende verrekening, zelfstandigenaftrek, etc.
- Eigen bijdragen en eigen betalingen

Aanleiding

- Traditioneel is de Nederlandse geboortezorg sterk multidisciplinair georganiseerd. Mede naar aanleiding van het stuurgroep advies 'Een goed begin' is sinds 2009 gewerkt aan het tot stand brengen van meer integrale geboortezorg.
- Integrale bekostiging kan bijdragen aan het wegnemen van bekostigingsdrempels en kan daarmee ketensamenwerking stimuleren. Integrale bekostiging wordt tot stand gebracht vanuit de gedachte dat betere samenwerking leidt tot vermindering van vermijdbare babysterfte en morbiditeit.

Reikwijdte integrale bekostiging

- Het advies is om integrale bekostiging van de geboortezorg de volgende typen zorg (zie figuur A) te laten omvatten:
  - Preconceptieconsulten door verloskundigen en gynaecologen;
  - Verloskundige zorg;
  - Obstetrische gynaecologische zorg;
  - Kraamzorg;
  - Consultatieve kindergeneeskundige zorg.
- In bijlage 5 staan de codes van zorgproducten/verrichtingen, horend bij de geadviseerde afbakening, opgenomen.



Figuur A: Reikwijdte integrale bekostiging

- Het advies is om de volgende zorg buiten de integrale bekostiging te houden:
  - Preconceptieconsulten door huisartsen en preconceptiezorg in vorm van voorlichting door bijvoorbeeld gemeenten. Idealiter was de gehele preconceptiezorg meegenomen in de reikwijdte van integrale bekostiging, maar dit is niet mogelijk i.v.m. de andere wettelijke kaders waaruit o.a. de gemeentelijke gezondheidsdiensten bekostigd worden. Een goede samenwerking tussen geboortezorgorganisaties en huisartsen en gemeentes is cruciaal, aangezien preventie een belangrijke rol speelt in het bieden van kwalitatief goede geboortezorg.
  - Derdelijns perinatale zorg. Derdelijns perinatale zorg, welke plaatsvindt in een perinatologisch centrum waar zowel een afdeling voor obstetrische ‘high care’ als een neonatale intensive care unit aanwezig is, is bewust buiten de reikwijdte van integrale bekostiging gelaten i.v.m. het karakter van lage volumes en hoge kosten. Reguliere bevallingen in universitaire medische centra vormen wél onderdeel van de integrale bekostiging.

Prestatiestructuur: twee deelprestaties

- Uitgangspunt bij integrale bekostiging is een zo integraal mogelijk tarief om samenwerking te stimuleren en zo de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Daarnaast is er aandacht voor het beperken van financiële risico’s voor zorgaanbieders, door aandacht te houden voor het beperken van kostenheterogeniteit. Ook is de uitlegbaarheid aan de zwangere meegewogen, waarbij de kosten van de individuele bevalling zoveel mogelijk aansluiten bij het tarief.
- Aangezien de kosten voor een geboortezorgorganisatie van een onverhoopte miskraam substantieel lager zijn dan die van een reguliere bevalling, bestaat de prestatiestructuur uit twee deelprestaties, namelijk:
  - Miskraam ≤ 16 weken
  - Zwangerschap
- De tarieven zijn vrij onderhandelbaar.
- Een eerste verkenning laat zien dat de financiële risico’s voor zorgaanbieders binnen de nieuwe prestatiestructuur beperkt lijken. Zo zijn de producten redelijk kostenhomogeen. Het is raadzaam om aan de hand van de in dit rapport beschreven prestatiestructuur een simulatie te maken van het financieel risico dat geboortezorgorganisaties dragen bij het invoeren van de integrale bekostiging. Specifiek dient onderzocht te worden of er een zogenaamde ‘stop-loss’ bepaling voor geboortezorgorganisaties vereist is. Met deze stop-loss bepaling zouden geboortezorgorganisaties boven een bepaald bedrag aan kosten per zwangere tegen kostprijs vergoed worden, om zo het risico van het eventuele uitschieters qua kosten weg te nemen.

Samenvatting
Advies integrale bekostiging geboortezorg

Eigen risico

- Onder integrale bekostiging vindt geen wijziging plaats in het eigen risico. Diagnostische testen waarvoor momenteel een eigen risico geldt, zoals de niet invasieve prenataletest (NIPT) als vervolgtest, na de combinatietest (als onderdeel van de prenatale screening), blijven onderdeel van het eigen risico..

Informatie aanlevering

- De kernuitkomsten die relevant zijn bij de zorginkoop zijn in lijn met de bijna definitieve set van geboortezorg kwaliteitsindicatoren die worden aangeboden aan het Kwaliteitsinstituut via de transparantiekalender en geregistreerd in Perined. Hierbij zijn in elk geval de volgende indicatoren van belang: a) AOI-5, b) percentage sectio caesarea bij aterme nulliparae met eenling in hoofdligging en c) patiëntervaring scores (via de ReproQ).
- Wij adviseren dat geboortezorgorganisaties verplicht worden gesteld deze data aan te leveren aan zorgverzekeraars én te publiceren aan het publiek. Het niet leveren of publiceren van deze informatie leidt tot geen betaling ('no data, no pay').

Risico's

Bij de invoering van integrale bekostiging zijn in ons onderzoek de volgende risico's gesignaleerd:

- De huidige situatie kent reeds een concentratie van zorgaanbieders van geboortezorg in verschillende geboortezorgorganisaties (VSV's). Door de invoering van integrale bekostiging worden prijsafspraken met één geboortezorgorganisatie gemaakt en niet meer met aparte instellingen binnen een geboortezorgorganisatie. Een mogelijk risico is dat dit leidt tot een afname van concurrentiedruk voor zorgaanbieders. Dit risico kan grotendeels ondervangen worden door toename van transparantie in kwaliteit, borging van toetreding toetreding; gefaseerde invoering, zorginkoop mogelijkheden en pro actief toezicht vanuit de ACM. Mochten deze aspecten onverhoopt niet afdoende zijn om dit risico af te dichten, dan kan het macrobeheersingsinstrument als secundair instrument van toepassing verklaard worden op de geboortezorg.
- Een andere bevinding is dat de keuzevrijheid van de patiënt ten opzichte van de huidige situatie afneemt, ten gevolge van de keuze voor samenwerking tussen zorgaanbieders en daarmee optimale kwaliteit van zorg. Zeker in ruraal gebied, nemen de opties om buiten de geboortezorgorganisatie in het postcodegebied zorg te ontvangen af, alhoewel ook in de huidige situatie de keuze tussen ziekenhuizen vaak zeer beperkt / afwezig is voor zwangeren. Het is echter belangrijk dat de keuzevrijheid van de patiënt zo veel mogelijk gehandhaafd blijft. Daarom blijft er de mogelijkheid voor de zwangere om over te stappen naar een andere geboortezorgorganisatie. En daarnaast blijft er uiteraard keuzevrijheid om te wisselen tussen professionals binnen een geboortezorgorganisatie. Ook is het van belang dat informatievoorziening voor de zwangere ten aanzien van de keuzes en samenwerkingen binnen de geboortezorgorganisaties (met name de link tussen verloskundigen en ziekenhuizen) vooraf duidelijk en helder is.
- Door integrale bekostiging kan mogelijk capaciteit vrijkomen bij zorgverleners, bijvoorbeeld door het ontdubbelen van activiteiten (denk aan diensten en intakes). Het is van belang dat dit niet een prikkel geeft tot het leveren van bijvoorbeeld aanvullende zorg. Het is van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders aandacht hebben voor gepaste zorg om zodoende een dergelijk 'waterbedeffect' te voorkomen.
- Integrale bekostiging brengt (op termijn) een mogelijk risico op onderbehandeling met zich mee, doordat zorgverleners niet langer worden bekostigd op grond van geleverde verrichtingen. Deze prikkel kan gemitigeerd worden door het publiceren en sturen op uitkomsten van zorg en zorgaanbieders verplicht te stellen kwaliteitsinformatie te publiceren aan het publiek.

Samenvatting
Advies integrale bekostiging geboortezorg

- Afhankelijk van de wijze van governance van geboortezorgorganisaties leidt invoering van integrale bekostiging mogelijk tot een schoningseffect tussen ziekenhuizen en geboortezorgorganisaties. Ziekenhuizen die in realiteit minder kosten maken voor het uitvoeren van geboortezorg dan dat zij ontvangen van zorgverzekeraars (ten gevolge van irreële prijsvorming), zullen dit waarschijnlijk minder snel aanhangig maken dan ziekenhuizen die meer kosten maken dan dat zij ontvangen. Vanuit deze eventuele dynamiek kan een kostenopdrijvend effect uitgaan. Het is daarmee van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorgdragen voor een macro budgettaire neutrale schoning.

Implementatie

- Bij de implementatie dienen de volgende stappen in ogenschouw genomen te worden:
  - *Stap 1: Vaststellen advies.* Voor implementatie is het van belang dat prestaties en tariefstructuur landelijk gedefinieerd worden.
  - *Stap 2: Doorrekening productstructuur.* Het is raadzaam om aan de hand van de in dit rapport beschreven prestatiestructuur een simulatie te maken van het financieel risico dat geboortezorgorganisaties dragen bij het invoeren van de integrale bekostiging. Specifiek dient onderzocht te worden of er een zogenaamde ‘stop-loss’ bepaling voor geboortezorgorganisaties vereist is.
  - *Stap 3: Raming transitiekosten.* Vanuit het veld wordt aangegeven dat er mogelijk extra kosten aan de transitie zitten. Het is raadzaam om een raming te maken van de financiële gevolgen (zowel de transitiekosten als de mogelijke doelmatigheidseffecten) voor zorgaanbieders.
  - *Stap 4: Informatieverstrekking regelgeving juridische entiteit.* Er is onduidelijkheid over regels ten aanzien van de juridische entiteit van een geboortezorgorganisatie. Tevens zijn er onduidelijkheden over bijvoorbeeld BTW, zelfstandige aftrek en ACM regelgeving. Voor goede en spoedige implementatie vraagt dit informatievoorziening vanuit zowel ACM als het Ministerie van VWS en eventueel de Belastingdienst.
  - *Stap 5: Ondersteuning samenwerking.* Voor spoedige en goede implementatie is ondersteuning bij deze samenwerking noodzakelijk. Een voorbeeld hiervan is het bieden van een handreiking voor opties van de verdeelsleutel.
  - *Stap 6: Helderheid regelgeving.* Onduidelijkheden ten aanzien van regelgeving dienen weggenomen te worden. Zo dient er bijvoorbeeld helderheid vanuit de NZa te komen ten aanzien van regels van parallelliteit van Diagnose Behandel Combinaties (DBC’s).
- Tot slot, is uit dit onderzoek gekomen dat het eigen risico, eigen betalingen en eigen bijdragen onwenselijke prikkels op kwaliteit mee kunnen brengen en drempels opwerpen voor optimale samenwerking in de geboorteketen. Voor optimale kwaliteit en samenwerking verdient het aanbeveling om nader te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor het wegnemen van deze betalingen.

Implementatie

- Gedurende 2017 is er sprake van een overgangsperiode waarin geboortezorgorganisaties facultatief kunnen deelnemen aan integrale bekostiging. De huidige bekostiging blijft in 2017 in stand en daarmee bestaan er in de overgangstermijn twee bekostigingssystemen naast elkaar.
- Indien bij implementatie blijkt dat er een ongewenste kostenstijging optreedt ten gevolge van monopolievorming, dan is het aan te raden om de mogelijkheid van vaste tarieven met als peiljaar het kostenniveau van 2016 nader te onderzoeken. Hierbij zou de NZa een kostenonderzoek kunnen doen en vaste tarieven vast kunnen stellen.
- Per 1 januari 2018 wordt de integrale bekostiging definitief ingevoerd. Zie figuur B voor de tijdslijn van de implementatie van integrale bekostiging.



Figuur B: Tijdslijn implementatie integrale bekostiging

Inhoudsopgave

Contactpersonen vanuit
KPMG Plexus zijn:

David Ikkersheim
Partner KPMG Plexus
Tel: +31 (0)6 4183 9626
ikkersheim.david@kpmg.nl

Karin Lemmens
Senior manager KPMG Plexus
lemmens.karin@kpmg.nl

1. Inleiding

Integrale bekostiging richt zich op samenwerking en kwaliteit geboortezorg

1.1. Aanleiding

Traditioneel is de Nederlandse geboortezorg sterk multidisciplinair georganiseerd, met rollen voor onder meer huisartsen, kraamverzorgers, verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen. Mede naar aanleiding van het rapport van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte[1] zijn in de afgelopen jaren maatregelen genomen om de samenwerking in de geboortezorg te verbeteren. Dit vanuit de gedachte dat betere samenwerking leidt tot vermindering van vermijdbare babysterfte en morbiditeit, die ten opzichte van andere Europese landen relatief hoog is. Zo heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het College Perinatale Zorg opgericht en is elke ziekenhuisregio sinds 2012 verplicht tot het hebben van een verloskundig samenwerkingsverband (VSV).

Hoewel de integratie van de geboortezorg daarmee vordert, zijn er nog stappen te zetten. In 2012 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geadviseerd[2] over het verbeteren van de samenwerking in de keten via de bekostigingssystematiek. Integrale bekostiging wordt als middel gezien om samenwerking binnen de keten verder te bevorderen. Door integrale bekostiging vallen financierings- en bekostigingsdrempels weg en worden partijen gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. De bekostigingssystematiek is hierbij een middel om tot kwaliteitsverbetering te komen. In 2013 zijn de eerste stappen richting integrale bekostiging reeds genomen door twee ziekenhuizen en VSV's die gebruik hebben gemaakt van de NZa-beleidsregel Innovatie[3]. Sinds 2013 worden deze twee ziekenhuizen en VSV's (Dirksland en Delft) als pilot gezamenlijk bekostigd. Tot slot, er zijn diverse samenwerkingsverbanden die ten tijde van schrijven van dit advies de voorbereidingen treffen om te starten met een pilot van integrale bekostiging.

1.2. Vraagstelling

Om de samenwerking binnen de keten te bespoedigen is het Ministerie van VWS voornemens om in 2017 integrale bekostiging in te voeren. Dit rapport, welke is geschreven op verzoek van het Ministerie van VWS, bevat een advies voor de te nemen stappen ten einde integrale bekostiging op 1 januari 2017 in te voeren. Daarbij wordt aandacht geschonken aan de vormgeving van integrale bekostiging, de risico's van integrale bekostiging en de wijze waarop de invoering op een verantwoorde wijze binnen de wettelijke kaders kan plaatsvinden. Buiten scope van dit advies zijn eigen betalingen en eigen bijdragen als ook de governance van de toekomstige geboortezorgorganisaties en fiscale aspecten daarvan. Meer specifiek, wordt dit advies opgebouwd langs vier vraagstellingen:

- Wat is de gewenste reikwijdte en prestatiestructuur van integrale bekostiging?
- Wat is de bijbehorende informatie aanlevering?
- Wat zijn de risico's van integrale bekostiging?
- Hoe ziet het implementatieplan van integrale bekostiging eruit?

1.3. Leeswijzer

In dit document rapporteren wij het advies omtrent de invoering van integrale bekostiging voor de geboortezorg. Na inleidende hoofdstukken 1 en 2, wordt er in hoofdstuk 3 ingegaan op de reikwijdte en prestatiestructuur, informatie aanlevering, eigen betaling/bijdrage/risico en risico's van integrale bekostiging. Hoofdstuk 4 gaat over de implementatie van integrale bekostiging. De bijlagen geven aanvullende informatie, waarbij bijlage 2 specifiek ingaat op het plan van aanpak dat heeft geleid tot de totstandkoming van het advies.

1) Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009), Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.

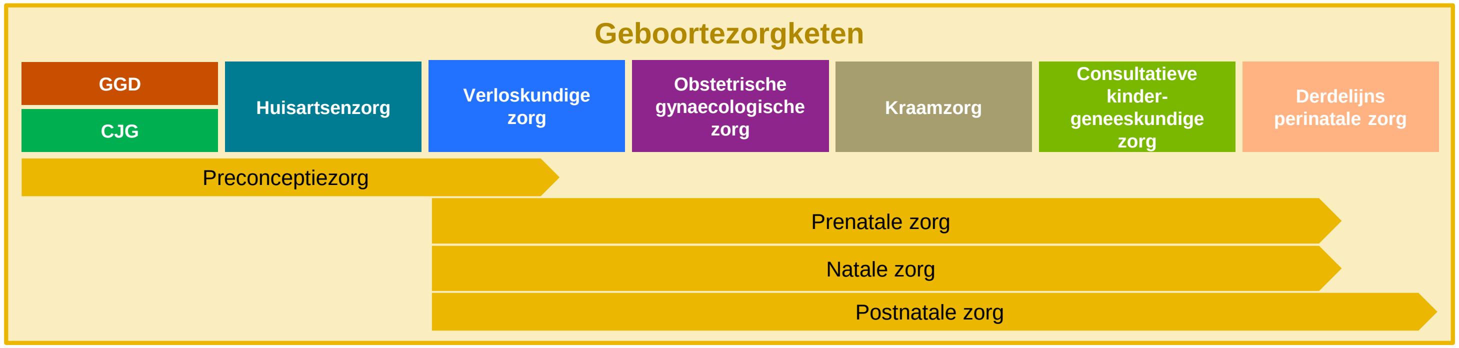
2) NZa (2012), Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte.

3) NZa (2012), Beleidsregel AL/BR-0027; Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties.

2. Geboortezorg in Nederland
Een overzicht van de Nederlandse, multidisciplinaire geboorteketen

2.1. De huidige geboortezorgketen

- Het huidige Nederlandse geboortezorgstelsel kent een multidisciplinair karakter en kan worden gecategoriseerd in grofweg vier fasen, welke is geïllustreerd in figuur 1:
  - Preconceptiezorg betreft zwangerschapsvoorlichting door bijvoorbeeld gemeenten en betreft preconceptieconsulten bij huisarts, verloskundige en gynaecoloog en andere maatregelen voorafgaand aan de zwangerschap.
  - Prenatale zorg omvat begeleiding gedurende de zwangerschap en prenatale screenings om afwijkingen en stoornissen te signaleren.
  - Natale zorg omvat geboortezorg vóór, tijdens en na de bevalling.
  - Postnatale zorg betreft kraamzorg, de consultatieve functie van kindergeneeskunde na de bevalling en derdelijns perinatale zorg.
  - Derdelijns perinatale zorg betreft daarbij specialistische (obstetrische) gynaecologische zorg en vindt plaats in een perinatologisch centrum waar zowel een afdeling voor obstetrische 'high care' (OHC) als een neonatale intensive care unit (NICU) aanwezig is. In Nederland wordt bijzondere perinatologische zorg in 10 zorgcentra verleend, namelijk bij Isala Klinieken te Zwolle, bij het Maxima Medisch Centrum te Veldhoven en bij de acht universitaire medische centra (UMC's).



Figuur 1: Geboortezorgketen

3. Advies - Wat is de gewenste reikwijdte?
Integrale bekostiging rekening houdend met bekostigingsdrempels en risico's

- In bijlage 1 staan alle overwogen varianten van de reikwijdte opgenomen, inclusief voor- en nadelen.
- In bijlage 5 staan de codes van zorgproducten/verrichtingen, horend bij de geadviseerde afbakening, opgenomen.

3.1. Reikwijdte en prestatiestructuur

3.1.1. Doel en uitgangspunten reikwijdte

- Het doel van integrale bekostiging is het sturen op efficiënte samenwerking binnen de gehele geboortezorgketen, door het zoveel mogelijk wegnemen van drempels binnen de huidige bekostigingssystematiek, met als uiteindelijk doel van verbeteren van kwaliteit van zorg en daarmee vermindering van vermijdbare babysterfte en morbiditeit.
- Uitgangspunt bij het advies ten aanzien van de reikwijdte van integrale bekostiging is het wegnemen van bekostigingsdrempels, waarbij tegelijkertijd risico's voor zorgaanbieders behapbaar zijn. Immers, door het bundelen van activiteiten in de bekostiging verschuift een deel van het verzekeraarsrisico naar geboortezorgorganisaties. Indien een geboortezorgorganisatie in een jaar relatief veel behandelingen verricht met laag volume en hoge kosten kan dit een financieel risico meebrengen voor een geboortezorgorganisatie. Tegelijkertijd kan een jaar met veel behandelingen met relatief lagere kosten weer leiden tot financieel voordeel voor een geboortezorgorganisatie. Het is van belang om rekening te mee met kostenhomogeniteit bij het vaststellen van de reikwijdte van de integrale bekostiging.

3.1.2. Reikwijdte integrale bekostiging

- Het advies is om integrale bekostiging van de geboortezorg de volgende typen zorg (zie figuur 2), te laten omvatten:
  - Preconceptieconsulten bij verloskundige en gynaecoloog*;
  - Verloskundige zorg;
  - Obstetrische gynaecologische zorg;
  - Kraamzorg;
  - Consultatieve kindergeneeskundige zorg**.



Figuur 2: Reikwijdte integrale bekostiging

* Een preconceptie consult sec (dus zonder zwangerschap) valt niet binnen de integrale bekostiging, aangezien dit een disproportionele declaratie t.o.v. de inspanning inhoudt.

** Activiteiten van poortspecialisten vallen niet onder de integrale prestatie (zoals een appendix operatie door een chirurg bij een zwangere)

3. Advies - Wat is de gewenste reikwijdte?
Integrale bekostiging rekening houdend met bekostigingsdrempels en risico's

- In bijlage 1 staan alle overwogen varianten van de reikwijdte opgenomen, inclusief voor- en nadelen.
- In bijlage 5 staan de codes van zorgproducten/verrichtingen, horend bij de geadviseerde afbakening, opgenomen.

- Het advies is om de volgende zorg buiten de integrale bekostiging te houden:
  - Preconceptieconsulten door huisartsen en preconceptiezorg in de vorm van voorlichting door bijvoorbeeld gemeenten. Idealiter was de gehele preconceptiezorg meegenomen in de reikwijdte van integrale bekostiging, maar dit is niet mogelijk i.v.m. de andere wettelijke kaders waaruit o.a. de gemeentelijke gezondheidsdiensten bekostigd worden. Het is van belang dat inhoudelijke samenhang en afstemming met de geboden preconceptiezorg door huisartsen en door de GGD en het centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) wordt geborgd in de geboortezorgketen, aangezien preventie een belangrijke rol speelt in het bieden van kwalitatief goede zorg en het realiseren van goede uitkomsten van geboortezorg.
  - Derdelijns perinatale zorg welke verleend wordt op de NICU- en OHC-afdeling van een perinatologisch centrum, vormt geen onderdeel van integrale bekostiging van de geboortezorg. De reden hiervoor zijn de relatief hoge kosten en lage volumes van zorg, waardoor het financieel risico onevenredig hoog voor geboortezorgorganisaties zou worden. Reguliere bevallingen in UMC's vormen wél onderdeel van de integrale bekostiging.
  - Kindergeneeskunde (behalve de consultatieve functie tijdens prenatale-, natale- en postnatale zorg) valt buiten de reikwijdte van de integrale bekostiging geboortezorg. Dit betekent dat alle zorgactiviteiten kindergeneeskunde buiten de reikwijdte kindergeneeskunde vallen. De consultatieve functie wordt niet middels DOT's gedeclareerd, maar betreft uitsluitend de consultatieve functie van de kinderarts tijdens zwangerschap en geboorte.

3.1.3. Prestatiestructuur integrale bekostiging

- Uitgangspunt bij integrale bekostiging is de samenwerking in de geboorteketen te optimaliseren en zo een zo integraal mogelijk tarief (met zo min mogelijk sub-producten), waardoor samenwerking binnen de geboortezorgketen wordt gestimuleerd en zo de kwaliteit van zorg wordt verbeterd.
- Daarnaast is er aandacht voor het beperken van de financiële risico's voor zorgaanbieders, door aandacht te houden voor het beperken van kostenheterogeniteit. Ook is de uitlegbaarheid aan de zwangere meegewogen, waarbij de kosten van de individuele bevalling zo veel mogelijk aansluiten bij het voor de consument inzichtelijke tarief. Hierbij speelt wederom het beperken van kostenheterogeniteit een belangrijke rol. Andere aandachtspunten vormen het borgen van de toegankelijkheid van zorg en het voorkomen van toename in de kosten van zorg (betaalbaarheid).
- Door te werken met één prestatiestructuur wordt voorkomen dat prestatieproducten leiden tot schotten tussen zorgaanbieders in de keten. Echter, aangezien de kosten voor een geboortezorgorganisatie van een onverhoopte miskraam substantieel lager zijn dan die van een reguliere bevalling, bestaat de prestatiestructuur uit twee deelprestaties, namelijk:
  - Miskraam (inclusief de begeleiding en prenatale screening) ≤ 16 weken vanaf conceptie
  - Zwangerschap
- De prestatie wordt gedeclareerd door de hoofdaannemer van de geboortezorgorganisatie bij de zorgverzekeraar.

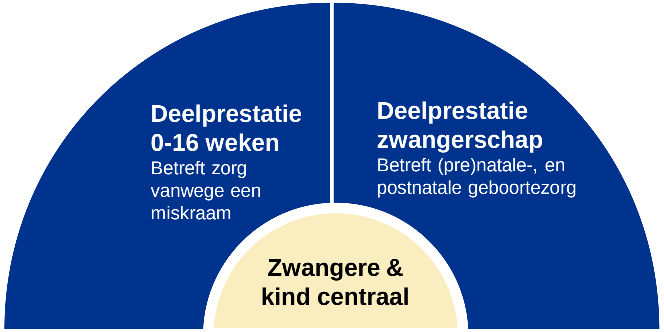
3. Advies - Wat is de gewenste prestatiestructuur?

Twee deelprestaties wegens kostenhomogeniteit en uitlegbaarheid

- In bijlage 1 staat de overwogen variant wat betreft de prestatiestructuur, inclusief voor- en nadelen opgenomen.
- In bijlage 5 staan de codes van zorgproducten/verrichtingen, horend bij de geadviseerde afbakening, opgenomen.

* Zie voor de Nza analyse van spreiding van zorgkosten pagina 27 in deze rapportage. Hierin is zichtbaar dat het grofweg gaat om normaal verdelingen van kosten. Daarnaast is het zo dat een gemiddelde geboortezorgorganisatie minimaal honderden (en vaak > 1500) bevallingen per jaar begeleidt, waardoor eventuele kostenheterorgeniteit beter is op te vangen dan wanneer aantallen lager zijn, aangezien toevalsvariatie een kleinere rol speelt.

[4)] *NZa (2015), Quickscan en beleidsbrief: Integrale geboortezorg.*



Figuur 3: Deelprestaties prestatiestructuur integrale bekostiging

- De afwegingen bij de afbakening van de prestatiestructuur zijn als volgt:
  - Bij het vormen van de twee deelprestaties is gekozen om de deelprestaties te scheiden op basis van de 16 weken grens, omdat er na 16 weken geen sprake meer is van een miskraam, maar er altijd sprake is van een (onrijpe) bevalling. Deze scheiding sluit tevens goed aan bij de huidige productstructuur.
  - Uit eerdere initiële analyses van de NZa[4] en ervaringen uit de integrale ketenzorg pilots komt naar voren dat de kostenstructuur in de geboortezorg relatief homogeen is.* Uitzondering hierop vormt een vroegtijdig geëindigde zwangerschap binnen 16 weken. Het gaat hier echter om initiële analyses van de kostenhomogeniteit van de huidige (en niet de toekomstige) productstructuur. Daarom adviseren we tevens een analyse uit te voeren van de kostenhomogeniteit van de toekomstige productstructuur. Indien nodig – hetgeen niet de verwachting is – kan besloten worden tot de introductie van een stop loss bepaling of een eventueel een derde deelprestatie voor zeer hoge kosten. We geven echter a priori *niet* de voorkeur aan een derde deelprestatie (bijvoorbeeld een deelprestatie aan de hand van al dan niet uitgevoerde zware ingrepen zoals sectio's), aangezien hiermee een 'fee for service' element wordt toegevoegd aan de integrale bekostiging, die de prikkel tot mogelijk overbodige ingrepen inhoudt.
  - Door bovenstaande prestatiestructuur, bestaande uit slechts twee deelprestaties, wordt maximale samenwerking binnen de geboortezorgketen gestimuleerd. Indien er gekozen wordt voor vele producten leidt dit tot extra schotten die de prikkels voor samenwerking kunnen verminderen. Indien bijvoorbeeld onderscheid gemaakt zou worden in zorgzwaarte (licht/middel/zwaar), is er een overgang tussen lichtere en zwaardere producten en daarmee is kans op een schot tussen bijvoorbeeld verloskundige en gynaecoloog. Indien dan tijdens een bevalling bijvoorbeeld epidurale pijnbestrijding wordt ingezet, zou dit een duurder product worden. Hier kan een ongewenste prikkel vanuit gaan.
  - Door middel van een extra product voor miskramen (≤ 16 weken) wordt tegemoet gekomen aan zowel het argument van kostenhomogeniteit als uitlegbaarheid (de begrijpelijkheid van de hoogte van de declaratie voor de consument), aangezien de kosten van een onverhoopte miskraam substantieel lager zijn dan die van een reguliere bevalling.

3. Advies - Wat is de gewenste prestatiestructuur?

Met integrale bekostiging vervalt de eigen betaling en eigen bijdrage

3.2. Eigen risico/betalingen/bijdragen

3.2.1. Eigen risico

- In de huidige bekostiging van de geboortezorg wordt geen eigen risico geheven. Internationale Arbeidsorganisatie-verdragen 102 en 183 stellen dat er geen sprake mag zijn van financiële drempels in de (geboorte)zorg, zodat de toegankelijkheid van zorg geborgd blijft[5]. Onder integrale bekostiging vindt geen wijziging plaats in het eigen risico ten aanzien van geboortezorg. De kosten van diagnostische testen, zoals de niet-invasieve prenatale test (NIPT) als vervolgtest, na de combinatietest (als onderdeel van de prenatale screening), blijven daarmee wel onderdeel van het eigen risico.

3.2.2. Eigen betalingen

- De vormgeving van eigen betalingen valt buiten de scope van dit advies.
- Echter, uit ons onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat de eigen betalingen voor poliklinische bevallingen zonder medische noodzaak (EUR 317) ongewenste drempels bevatten voor integrale geboortezorg. Landelijk komen deze eigen betalingen neer op EUR 9 mln[7].
- Het niet heffen van een eigen betaling verdient daarnaast ook vanuit uitvoeringsperspectief de voorkeur, omdat er integraal behandeld wordt waarmee het onderscheid tussen eerstelijns- en tweedelijns patiënten verdwijnt én er dan geen aparte registratie nodig is. Ons advies is om nader te onderzoeken of en zo ja op welke wijze dit mogelijk is.

3.2.3. Eigen bijdrage

- De vormgeving van eigen bijdragen valt buiten de scope van dit advies.
- Uit ons onderzoek komt echter naar voren dat het niet heffen van een eigen bijdrage vanuit uitvoeringsperspectief de voorkeur verdient (alhoewel technisch mogelijk). Er vindt onder integrale bekostiging namelijk geen separate bekostiging van de kraamzorg meer plaats. Ons is advies is om te onderzoeken of en zo ja op welke wijze dit mogelijk is. Een suggestie die tijdens dit onderzoek gedaan is het proportioneel verminderen van het aantal uren kraamzorg vanaf het tweede kind en het tegelijkertijd schrappen van de eigen bijdrage om zo een budgettaire dekking te hebben voor het schrappen van de eigen bijdrage.

[5] Zorginstituut Nederland (2015), Kraamzorg: verzekerd van een goed begin?

[7] Berekeningen VWS

3. Advies - Wat is de gewenste informatie aanlevering?

Kwaliteitsinformatie en informatie aanlevering essentieel voor goede zorg

3.3. Informatie aanlevering

3.3.1. Kwaliteitsinformatie

- De kernuitkomsten die relevant zijn bij zorginkoop en keuze informatie zijn volledig overgenomen van de definitieve set van geboortezorg kwaliteitsindicatoren zoals gedefinieerd door veldpartijen, geregistreerd in Perined en aangeboden aan het Kwaliteitsinstituut via de transparantiekalender. Hierbij zijn in elk geval de volgende indicatoren van belang:
  - AOI-5 combinatie van: 1) neonatale of intrapartum sterfe bij >2500 gram, 2) opname op NICU >37 weken, 3) APGAR <7 na 5 minuten, 4) fluxus post partum en 5) derde of vierde graad perineumruptuur;
  - Percentage sectio caesarea bij aterme nulliparae met eenling in hoofdligging;
  - Aangevuld met patiëntervaring scores (via de ReproQ).

3.3.2. Informatie bekostigingstitels en rechtmatigheid

- Met integrale bekostiging vervallen bekostigingstitels en daarmee een deel van de informatie die uit de bekostiging te halen valt. Een oplossing is het separaat registreren van (essentiële) zorgactiviteiten/verrichtingen. Deze informatie kan bijdragen aan begrip van en bijsturing door zorgaanbieder en zorgverzekeraar bij eventuele prijsverschillen. Gelet op het risico van monopolievorming (zie paragraaf 3.4.1) van geboortezorgorganisaties achten wij het van belang dat zorgverzekeraars inzicht houden in essentiële verrichtingen zoals bijvoorbeeld, ligdagen, operatieve ingrepen, aantal consulten, etc. Door deze inzichten kunnen zij operationele benchmarks uitvoeren en het risico op oplopende prijzen ten gevolge van eventuele lokale monopolies zo veel mogelijk mitigeren. Deze informatie is ook nodig voor het betalen van eigen bijdrages/eigen betalingen.
- Het is aan de NZa in overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders welke essentiële zorgactiviteiten/verrichtingen worden geregistreerd en meegeleverd. Veldpartijen (zorgverzekeraars en zorgaanbieders) kunnen gezamenlijk een voorstel doen voor welke registraties wel noodzakelijk zijn vanuit zorgverzekeraars en qua administratieve lasten te dragen zijn voor zorgaanbieders.

3.3.3. Zorgstandaard

- Het is van belang om te vermelden dat de zorgstandaard onverkort van toepassing is bij de zorg die geleverd wordt voor de integrale bekostiging geboortezorg

3.4. Risico's

In dit onderzoek zijn enkele mogelijke risico's van integrale bekostiging geïdentificeerd die zich voordoen bij een verandering van de huidige situatie (samenwerking binnen een VSV zonder integrale bekostiging) naar een nieuwe situatie (samenwerking binnen een geboortezorgorganisatie met integrale bekostiging). Deze risico's worden hieronder beschreven.

3.4.1. Sterkere positie aanbieders/keuzevrijheid patiënt

- De huidige situatie kent reeds een concentratie van zorgaanbieders van geboortezorg via de VSV's. Door de invoering van integrale bekostiging worden echter prijsafspraken met één geboortezorgorganisatie gemaakt en niet meer met de aparte organisaties binnen een geboortezorgorganisatie. Hiermee neemt de concentratie van aanbieders verder toe. Een mogelijk risico van invoering van integrale bekostiging is daarmee dat dit kan leiden tot meer concentratie van zorgaanbieders en ook grotere aanbieders en daarmee tot een afname van concurrentiedruk. Hierdoor kunnen prikkels op kwaliteit van zorg afnemen en prijzen onnodig oplopen[6]. Dit risico kan grotendeels ondervangen worden door de volgende mitigerende maatregelen:
  - door toename van transparantie in kwaliteit (zie paragraaf 3.3);
  - door borging van de mogelijkheid van toetreding;
  - door gefaseerde invoering van de integrale bekostiging (zie hoofdstuk 4);
  - doordat zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om naast hun reguliere inkoop methodieken van 'shared savings' toe te passen, waarbij de winst verdeeld wordt tussen aanbieders en zorgverzekeraars of geherinvesteerd in innovaties in de geboortezorgorganisatie, om het risico van onnodige hoge prijzen te voorkomen;
  - door pro actief toezicht vanuit de ACM.

  In de implementatiefase dient nader onderzocht te worden hoe bovenstaande aspecten ingezet kunnen worden om het risico van concentratie van zorgaanbieders, en daarmee tot een afname van concurrentiedruk, beperkt kunnen worden. Mochten deze aspecten onverhoopt niet afdoende zijn om dit risico af te dichten, dan kan het macrobeheersingsinstrument van toepassing verklaard worden op de geboortezorg.

6) Varkevisser, M. et al. (2009), Regionale machtspositie zorggroepen baart zorgen.

3. Advies - Wat zijn de risico's?

Invoering van integrale bekostiging brengt mogelijk risico's met zich mee

- Een andere bevinding dat keuzevrijheid van de patiënt, om buiten de geboortezorgorganisatie in haar postcodegebied zorg te ontvangen minder wordt, zeker in ruraal gebied. Het is hierbij wel van belang om op te merken dat in zwangeren in ruraal gebied nu ook vaak slechts keuze hebben uit één ziekenhuis (maar vaak wel meerdere verloskundigen, echter soms ook niet). De afnemende keuzevrijheid is een gevolg van het intensiveren van de samenwerking tussen zorgverleners. Het is echter belangrijk dat de keuzevrijheid van de patiënt zoveel mogelijk aanwezig blijft. Daarom blijft er de mogelijkheid voor de zwangere om over te stappen naar een andere geboortezorgorganisatie. Daarnaast blijft er uiteraard keuzevrijheid om te wisselen tussen professionals binnen een geboortezorgorganisatie. Ook is het van belang dat informatievoorziening voor de zwangere ten aanzien van de keuzes en samenwerkingen binnen de geboortezorgorganisaties (met name de link tussen verloskundigen en ziekenhuizen) vooraf duidelijk en helder is.
- Om overstappen tussen geboortezorgorganisaties administratief te vergemakkelijken kan het nuttig zijn om landelijk afspraken te maken hoe geboortezorgorganisaties elkaar mogen factureren bij overstappende patiënten, bijvoorbeeld in de vorm van een landelijk gemiddeld tarief gedifferentieerd naar week zwangerschapsduur, ook om zo dubbele bekostiging te voorkomen.

3.4.2. Waterbedeffect

- Integrale bekostiging stimuleert samenwerking in de geboortezorgketen. Daarbij kan integrale bekostiging bijdragen aan taakdifferentiatie en ontdubbeling van zorgactiviteiten binnen de geboortezorgketen (denk aan doen van één centrale intake en bijvoorbeeld het delen van diensten van verloskundigen).
- Op deze wijze komt er mogelijk capaciteit vrij bij zorgverleners. Het is van belang dat deze vrijgekomen capaciteit op een juiste wijze wordt ingezet en niet een prikkel geeft tot het leveren van bijvoorbeeld aanvullende (niet obstetrische) gynaecologische zorg. Dit mogelijke effect wordt ook wel het waterbedeffect genoemd. Het is van belang dat zorgverzekeraars, via de inkoop van zorgproducten/verrichtingen, aandacht hebben voor gepaste zorg om zodoende een dergelijk waterbedeffect te voorkomen.

3.4.3. Onderbehandeling

- Met integrale bekostiging worden meerdere activiteiten met één tarief bekostigd. Integrale bekostiging brengt daarmee (op termijn) een mogelijk risico op onderbehandeling met zich mee, omdat zorgverleners onafhankelijk van activiteiten één tarief ontvangen.
- Deze prikkel tot onderbehandeling wordt gemitigeerd door:
  - sturing op uitkomsten van zorg middels informatie aanlevering
  - registratie van zorgprestaties.

3.4.4. Schoningseffect

- Invoering van integrale bekostiging leidt mogelijk tot een schoningseffect, al is dit afhankelijk van de wijze van governance van geboortezorgorganisaties. Ziekenhuizen die in realiteit minder kosten maken voor het uitvoeren van geboortezorg dan dat zij ontvangen van zorgverzekeraars (ten gevolge van irreële prijsvorming), zullen dit waarschijnlijk minder snel aanhangig maken dan ziekenhuizen die meer kosten maken dan dat zij ontvangen. Vanuit deze eventuele dynamiek kan een kosten opdrijvend effect uitgaan.
- Dit risico kan gemitigeerd worden door sturing van zorgaanbieders en zorgverzekeraars op macro budgettaire neutrale schoning.

4. Implementatie

Vanaf 1 januari 2018 is integrale bekostiging volledig geïmplementeerd

4.1. Stappenplan voor implementatie

De volgende stappen dienen in ogenschouw genomen te worden bij de implementatie van de integrale bekostiging.

4.1.1. Stap 1: Vaststellen advies

- Voor een goede implementatie is het van belang dat de volgende aspecten landelijk gedefinieerd worden: prestaties en tariefstructuur. Besluitvorming in aparte regio's over deze aspecten zorgt voor ongewenste verschillen en vraagt daarbij ook te veel overleg- en doorlooptijd. Dit advies voorziet hierin. De eerste stap in de implementatie is daarmee het vaststellen van het advies.

4.1.2. Stap 2: Doorrekening productstructuur

- Het is raadzaam om aan de hand van de in dit rapport beschreven prestatiestructuur een simulatie te maken van het financieel risico dat geboortezorgorganisaties dragen bij het invoeren van de integrale bekostiging.
- Op basis van een eerste verkenning lijkt dit risico beperkt te zijn, maar een gedetailleerde data-gedreven analyse op de nieuwe prestatiestructuur heeft nog niet plaatsgevonden. Specifiek dient onderzocht te worden of er een zogenaamde 'stop-loss' bepaling voor geboortezorgorganisaties vereist is.

4.1.3. Stap 3: Raming transitiekosten

- Vanuit het veld wordt aangegeven dat er mogelijk extra kosten aan de transitie zitten.
- Het is raadzaam om een raming te maken van de financiële gevolgen voor zorgaanbieder, waarbij aandacht is voor mogelijke transitiekosten (en daarnaast mogelijke doelmatigheidswinsten) die worden gemaakt en voor het beperken van creëren van extra administratieve lasten en daarmee extra overhead voor zorgaanbieders.

4.1.3 Stap 4: Informatieverstrekking regelgeving

- Er zijn onduidelijkheden over bijvoorbeeld BTW, de zelfstandige aftrek en ACM regelgeving bij aanbieders. Het wegnemen van deze onduidelijkheden is van belang voor vlotte implementatie en gelijke posities van partijen. Voor goede en spoedige implementatie vraagt dit informatievoorziening vanuit zowel ACM als het Ministerie van VWS en eventueel de Belastingdienst.

4. Implementatie

Vanaf 1 januari 2018 is integrale bekostiging volledig geïmplementeerd

- In bijlage 1 staat de overwogen variant om integrale bekostiging te implementeren per 1 januari 2019 verder uitgewerkt.

4.1.4 Stap 5: Ondersteuning samenwerking

- Er is variatie in het land ten aanzien van de samenwerking tussen geboortezorgaanbieders. Zowel op inhoudelijke samenwerking als op gebied van juridische samenwerking. Voor spoedige en goede implementatie is ondersteuning bij deze samenwerking noodzakelijk. Een voorbeeld hiervan is het bieden van een handreiking voor opties van de verdeelsleutel van inkomsten tussen beroepsgroepen.

4.1.6 Stap 6: Helderheid regelgeving

- Onduidelijkheden ten aanzien van regelgeving dienen weggenomen te worden. Zo dient er bijvoorbeeld helderheid vanuit de NZa te komen ten aanzien van regels van parallelliteit van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Deze vragen spelen bijvoorbeeld in geval van een in-vitrofertilisatie (IVF) traject.

4.1.7. Nader onderzoek wijzigingsmogelijkheden eigen risico, eigen betalingen en eigen bijdragen

- Tot slot, is uit dit onderzoek gekomen dat het eigen risico, eigen betalingen en eigen bijdragen onwenselijke prikkels op kwaliteit mee kunnen brengen en drempels opwerpen voor optimale samenwerking in de geboorteketen (zoals beschreven in paragraaf 3.2).
- Voor optimale kwaliteit en samenwerking verdient het aanbeveling om nader te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om wijzigingen aan te brengen in de eigen betalingen en eigen bijdragen.

Vanaf 1 januari 2018 is integrale bekostiging volledig geïmplementeerd

- In bijlage 1 staat de overwogen variant om integrale bekostiging te implementeren per 1 januari 2019 verder uitgewerkt.

4.2. Tijdslijn implementatie

- Per 2015 is er de module integrale geboortezorg, aanvullende tariefruimte (10%) beschikbaar voor verloskundige zorg om kwaliteit, samenwerking en professionalisering in de geboortezorg te verbeteren[4] en kan de NZa-beleidsregel innovatie (AL/BR-0027) gebruikt worden om te experimenteren met integrale geboortezorg[3].
- Aangezien elk jaar in april het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars vastgesteld wordt, moet in april 2016 duidelijkheid zijn over de productstructuur om er zo voor te zorgen dat integrale bekostiging per 1 januari 2017 facultatief ingevoerd kan worden.
- Per 1 januari 2017 wordt integrale bekostiging facultatief ingevoerd. Gedurende 2017 geldt een overgangsperiode waarin bekostigingssystemen naast elkaar te gebruikt worden. Deze periode dient zo kort mogelijk gehouden te worden, gelet op gepaard gaande extra administratieve lasten voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars en de overzichtelijkheid en communicatie richting de patiënt. Tevens dient in de overgangsperiode de onderliggende productstructuur constant te blijven.
- Indien bij implementatie blijkt dat er sterke kostenstijging optreedt, dan is het aan te raden om de mogelijkheid van vaste tarieven met als peiljaar 2016 nader te onderzoeken. Hierbij zou de NZa een kostenonderzoek kunnen doen en vaste tarieven vast kunnen stellen.
- Per 1 januari 2018 zijn geboortezorgorganisaties verplicht om integrale bekostiging te hebben ingevoerd. De huidige bekostigingssystematiek, module integrale geboortezorg en facultatieve invoering van integrale bekostiging eindigen per 1 januari 2018. We verwachten dat wanneer de invoertermijn per 2019 wordt vastgesteld de gemiddelde geboortezorgorganisatie later zal beginnen met de voorbereidingen, hetgeen vertraging oplevert voor de invoering van de integrale bekostiging.



Figuur 4: Tijdslijn implementatie integrale bekostiging

Bijlagen

1. Overwegingen bij totstandkoming advies
2. Aanpak totstandkoming gedragen advies en implementatiestrategie
3. Aanwezige zorgpartijen en vertegenwoordigers bij de focusgroepen
4. Geboortezorg in cijfers
5. Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Bijlage 1
Overwegingen bij totstandkoming advies

Tabel 1: Overwegingen bij totstandkoming advies (1/2)

Overwogen varianten	Voordelen	Nadelen	Advies
Integrale bekostiging op grond van meerdere producten (bijvoorbeeld 9 producten van (pre)nataal, postnataal, uitgesplitst naar licht/middel/zwaar).	• Risico's voor zorgaanbieders worden teruggebracht. • Producten met vergelijkbaar niveau van kostenhomogeniteit kunnen worden gegroepeerd en zijn derhalve beter uit te leggen aan de consument.	• Om de samenwerking binnen de geboortezorgketen te bevorderen is het van belang dat er geen nieuwe schotten worden gecreëerd. Schotten brengen vrijwel altijd nieuwe prikkels met zich mee. Deze kunnen ten koste gaan van de prikkel om zoveel mogelijk samen te werken. • Risico op upcoding is aanwezig door opdeling in licht/middel/zwaar. Ook is het onderscheid (pre)nataal en postnataal niet altijd helder.	We willen voorkomen dat nieuwe schotten ontstaan, onwenselijke prikkels voor upcoding worden voorkomen en samenwerking optimaal wordt gestimuleerd. Aangezien de kosten voor miskramen substantieel lager zijn dan voor een reguliere zwangerschap, zijn twee deelprestaties gevormd. Dit verhoogt de uitlegbaarheid aan het publiek.
Gemeentelijke preceonceptiezorg binnen de reikwijdte van de bekostiging laten vallen.	• De geboorteketen vangt aan met de preconceptiezorg. Tijdige en kwalitatief goede voorlichting kan bijdragen aan kwalitatief hogere zorg in de gehele keten. Het geven van een prikkel tot samenwerking kan bijdragen aan efficiëntere en kwalitatief betere preconceptiezorg.	• De preconceptiezorg is zeer lokaal georganiseerd en wordt geleverd door diverse partijen (o.a. CJG, GGD, huisarts) die buiten de geboortezorg ook andere vormen van zorg leveren en vanuit andere wettelijke kaders (WPG) betaald worden. Het opnemen van deze zorg als onderdeel van de integrale bekostiging leidt daarom al snel tot praktische problemen. • Tevens is het zo dat de integrale geboortezorg bekostiging (anders dan de huidige bekostiging) ook een prikkel voor geboortezorgorganisaties kent om de preconceptiezorg te optimaliseren. Hiermee kunnen zowel kwaliteit als kosten van de geboortezorg verbeterd worden.	Hoewel de preconceptie zorg een belangrijk onderdeel is van de geboorteketen leidt de wijze waarop deze is gefinancierd is (lokaal en door partijen die daarnaast nog veel andere activiteiten leveren) tot praktische bezwaren. Voorgesteld wordt om consulten van preconceptiezorg binnen de integrale bekostiging te houden en preconceptieconsulten door huisartsen en preconceptiezorg in de vorm van voorlichting buiten de bekostiging te houden.
Kraamzorg buiten de reikwijdte van de integrale bekostiging houden.	• Kraamzorg organisaties zijn veelal landelijk georganiseerd. Dit maakt het soms lastig om op regionaal niveau afspraken te maken met kraamzorgorganisaties. Verder kunnen mededing rechtelijke bepalingen een rol spelen bij samenwerkingsverbanden. • Voor het gebruik van kraamzorg geldt in het huidige stelsel een aparte eigen bijdrage. Het opnemen van de kraamzorg in de integrale de bekostiging leidt ertoe dat een dergelijke eigen bijdrage niet langer geheven kan worden.	• Uit de focusgroepen en inventarisatie in het veld blijkt een sterke voorkeur om het product zo integraal als mogelijk te definiëren. Kraamzorg wordt gezien als een essentiële schakel in de geboortezorgketen en er is daarom een voorkeur om deze onderdeel te maken van de bekostiging. • Het opnemen van de kraamzorg in de bekostiging bevordert de samenwerking tussen de kraamzorg enerzijds en het ziekenhuis en verloskundige anderzijds.	Inhoudelijk geredeneerd is de kraamzorg een essentiële schakel in de geboortezorgketen. Daarom is kraamzorg onderdeel van de integrale bekostiging. Ook hebben we hier gebruik gemaakt van een van de *lessons learned* uit de integrale bekostiging van Diabetes en COPD, waarbij men achteraf stelt dat prestaties meer integraal vormgegeven hadden moeten worden.

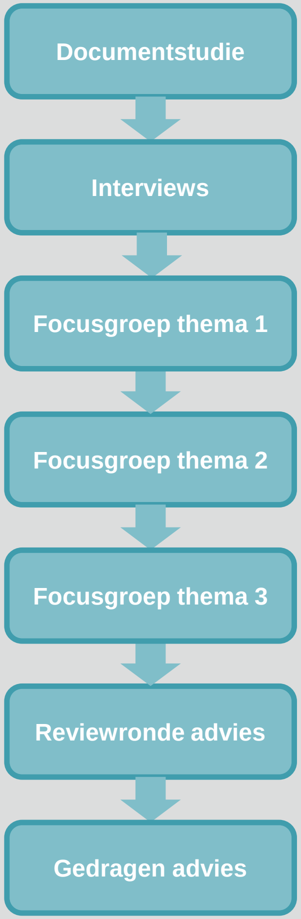
Bijlage 1

Overwegingen bij totstandkoming advies

Tabel 1: Overwegingen bij totstandkoming advies (2/2)

Overwogen varianten	Voordelen	Nadelen	Advies
Neonatologische zorg (kindergeneeskunde) binnen de reikwijdte van de bekostiging laten vallen.	• Integrale bekostiging van geboortezorg inclusief neonatologische zorg (kindergeneeskunde) kan bijdragen aan de samenwerking tussen kindergeneeskunde en de rest van de geboorteketen. • Analysen laten zien dat er behoorlijke variatie is tussen regio's in het gebruik van neonatologische zorg (kindergeneeskunde) zorg na de bevalling. Het includeren van de neonatologische zorg (kindergeneeskunde) in de integrale bekostiging vormt een prikkel tot passende zorg.	• Er wordt een breed scala aan activiteiten geleverd binnen de neonatologische zorg (kindergeneeskunde), deze zijn niet altijd direct verbonden aan de geboortezorg. Bovendien zijn de activiteiten gedifferentieerd van aard, zowel inhoudelijk en wat betreft volume en kosten. • De zorg door de kinderarts wordt na de geboorte verleend aan de pasgeborene in plaats van aan de zwangere, daarmee is de pasgeborene ook de verzekeringshouder. Het is complex om de integrale bekostiging aan twee verzekeringshouders toe te schrijven.	Niet alle neonatologische zorg (kindergeneeskunde) kan toegerekend worden aan zwangerschap en geboorte. Alleen de consultatieve functie van de kinderarts tijdens zwangerschap en geboorte valt direct in de geboorteketen. Met name vanwege de complexiteit van twee verzekeringshouders adviseren we om neonatologische zorg (kindergeneeskunde) buiten de reikwijdte van de bekostiging te laten vallen.
3de lijns neonatologische zorg (NICU) binnen de reikwijdte van de bekostiging laten vallen.	• Integrale bekostiging van geboortezorg inclusief de 3de lijns neonatologische zorg kan bijdragen aan de samenwerking tussen 3de lijns neonatologische zorg en de rest van de geboorteketen.	• 3de lijns neonatologische zorg betreft zeer gespecialiseerde zorg en brengt hoge kosten met zich mee. De hoge kosten, gecombineerd met lage volumes, maakt dat de verdeling van inkomsten scheef kan groeien: de partijen die neonatologiezorg bieden krijgen te weinig inkomsten om kostendekkend te werken; terwijl de partijen die dergelijke zorg niet bieden waarschijnlijk in verhouding teveel geld krijgen.	Het meenemen van 3de lijns neonatologische zorg in de integrale bekostiging brengt voor zorgaanbieders die dergelijke zorg leveren grote risico's met zich mee vanwege de hoge kosten en lage volumes. Het hebben van één of enkele baby's extra of minder per jaar die 3de lijns neonatologische zorg nodig hebben kan namelijk een significante impact hebben op het financieel resultaat van geboortezorgorganisaties.
Invoertermijn van de implementatie van integrale bekostiging per 1/1/2019	• Het implementeren van integrale bekostiging per 1/1/2019 geeft de betrokken zorgpartijen uitgebreid de tijd om onderling vertrouwen te creëren, welke cruciaal is voor een goede samenwerking binnen de geboortezorgketen. • Zogenaamde 'kinderziektes' kunnen gedurende de facultatieve invoering van integrale bekostiging worden geïdentificeerd, verbeterd en doorontwikkeld alvorens integrale bekostiging verplicht wordt ingevoerd per 1/1/2019.	• Zowel de cliënt als de betrokken zorgpartijen krijgen te maken met meerdere bekostigingssystemen gedurende de facultatieve invoering van integrale bekostiging, wat zal leiden tot extra administratieve lasten en onduidelijkheid qua communicatie richting de cliënt. • Wanneer de invoertermijn 1/1/2019 wordt, zal de gemiddelde geboortezorgorganisatie later beginnen met de voorbereidingen. Deze verlating van het proces leidt uiteindelijk ook niet tot de gewenste extra tijd voor de invoering.	Het is belangrijk dat zorgproducten/verrichtingen die binnen de integrale bekostiging vallen helder en stabiel zijn gedefinieerd, en landelijk door de geboortezorgorganisaties worden gedragen alvorens deze worden vastgesteld en ingevoerd. Om de overgangstermijn zo kort mogelijk te houden, is het advies om integrale bekostiging voor geboortezorgorganisaties verplicht in te voeren per 1/1/2018. O.b.v. ervaringen van pilots met integrale bekostiging wordt deze invoertermijn realistisch geacht

Bijlage 2
Aanpak totstandkoming gedragen advies en implementatiestrategie



Aanpak

Om tot een concreet en gedragen advies te komen zijn er diverse bronnen geraadpleegd, is er gericht input opgehaald bij het experts middels telefonische interviews en zijn focusgroepen gehouden met experts en koepelorganisaties. Tijdens de focusgroepen is tevens aandacht besteed aan gedragenheid in het veld en de consequenties van het advies in het veld.

Documentstudie

Documentanalyse van de geboortezorg in Nederland aan de hand van eerdere onderzoeken en openbare bronnen (NZa (2015), Quickscan en beleidsbrief: Integrale geboortezorg, Zorginstituut Nederland, etc.). Aansluitend een document analyse van eerdere ervaringen met integrale bekostiging (keten-DBC's diabetes en COPD om zo geleerde lessen te duiden en mee te nemen in dit advies.

Interviews

In totaal hebben er 5 telefonische gesprekken met experts plaatsgevonden om geleerde lessen op te halen en suggesties mee te nemen voor de beste aanpak van integrale bekostiging voor de geboortezorg in Nederland. Zo zijn er interviews gehouden met de pilotregio's Dirksland en Leiden, met het Zorginstituut en met de NZa. Ook zijn er meerdere interviews geweest met KPMG collega's uit de Verenigde Staten, waar ervaring is opgedaan met het integraal bekostigen van de geboortezorg in de staat New York.

Focusgroepen

Er zijn vier focusgroepen georganiseerd waarbij met de betrokken zorgpartijen (patiëntenorganisaties, eerste- en tweedelijns zorgaanbieders, zorgverzekeraars, etc.) gesproken is over integrale bekostiging. Meer specifiek, tijdens de eerste focusgroep is de reikwijdte van de integrale bekostiging en de daarbij horende bekostigingsstructuur besproken. In de tweede en derde focusgroep is input van de zorgpartijen verzameld met betrekking tot risico's en kansen van (samenwerking binnen de) integrale bekostiging, om zo de initiële uitwerkingen te verbeteren en af te stemmen op de visie en behoeften van het veld. In de vierde focusgroep is gesproken over de kwaliteitsinformatie en informatie aanlevering van integrale bekostiging en hoe de uitgaven van de geboortezorgketen financieel kunnen worden beheerst. Na het uitwerken van de gevalideerde voorstellen is tijdens de vijfde focusgroep het conceptadvies gepresenteerd aan de betrokken zorgpartijen. Deze reviewronde heeft bijgedragen aan het opleveren van een inhoudelijk en gedragen adviesrapport.

Bijlage 3

Aanwezige zorgpartijen en vertegenwoordigers bij de focusgroepen

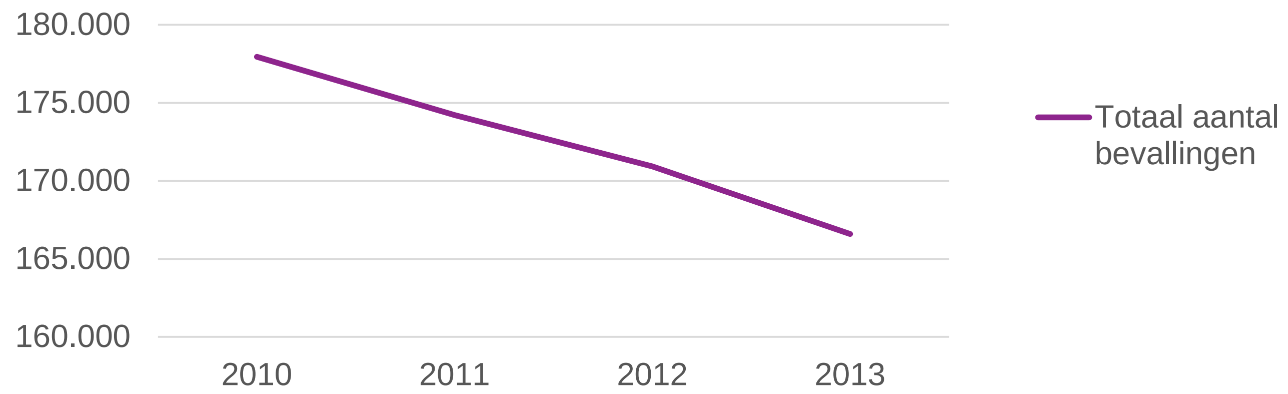
- Er zijn vier focusgroepen georganiseerd waarbij met de vertegenwoordigers van de betrokken zorgpartijen is gesproken over integrale bekostiging. Tijdens de vijfde focusgroep is het conceptadvies gepresenteerd aan de zorgpartijen. De betrokken zorgpartijen en bijbehorende vertegenwoordigers bij de focusgroepen zijn als volgt

Tabel 2: Aanwezige zorgpartijen en vertegenwoordigers bij de focusgroepen

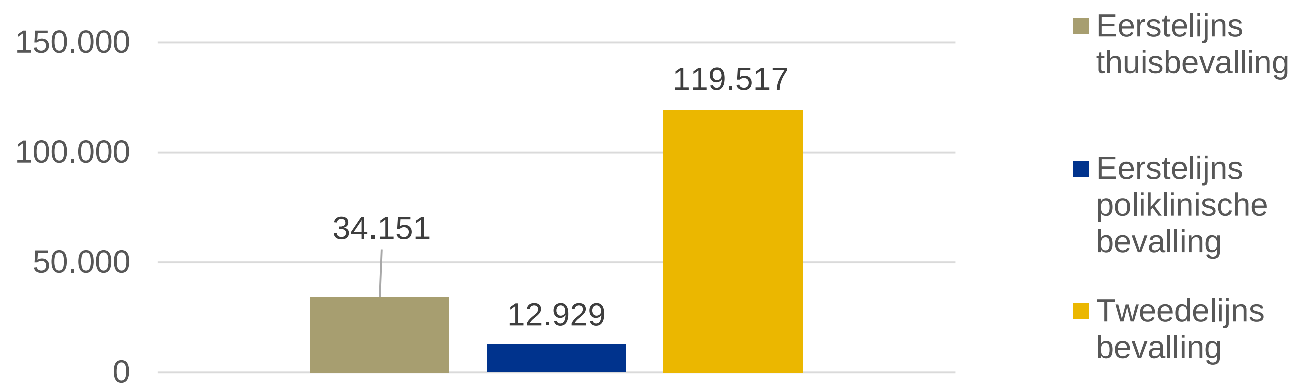
Partijen	Focusgroep 1	Focusgroep 2	Focusgroep 3	Focusgroep 4	Focusgroep 5
Achmea	Anna Kruger	Anna Kruger		Anna Kruger	Anna Kruger
Actiz	Marlies Buurman	Marlies Buurman			Marlies Buurman
BEN	Ruud Westbroek	Ruud Westbroek			Connie Scheele
BTN	Mariette van Driel	Mariette van Driel			Mariette van Driel
CPZ	Liesbeth de Bock				Liesbeth de Bock Barbara Wijsen
CZ	Hilde van Bijnen		Hilde van Bijnen	Hilde van Bijnen	Shireen van den Broek
De Geboortebeweging		Mira Westland			Mira Westland
KNOV	Peter Buisman	Peter Buisman			Willem-Jan Lieve
Menzis	Anky van Hecke	Anky van Hecke		Anky van Hecke	Anky van Hecke
NBVK	Rene Benneker				Rene Benneker
NFU	Birgit Meulenbroek Jenneke Boerma		Birgit Meulenbroek Jenneke Boerma		Jenneke Boerma
NPCF	Anne Mooij		Anne Mooij		Anne Mooij
NVK	Laura van der Meer Edwin Knots		Laura van der Meer Edwin Knots		Edwin Knots
NVOG	Guid Oei, Focco Boekkooi, Egbert Lentens		Guid Oei, Focco Boekkooi, Egbert Lentens		Egbert Lentens
NVZ	Corine van Geffen Lilianne van der Velde		Corine van Geffen Monique van der Wel		Monique van der Wel
NZa	Vincent Pelgröm	Vincent Pelgröm		Vincent Pelgröm	Vincent Pelgröm, Ingrid Koopman
ONVZ		Anne Schraagen			Anne Schraagen
PeriNed	Jan Kruithof	Jan Kruithof			Jan Kruithof
STBN	Frans Annot				Frans Annot
ROS	Yvonne Roselaers, Annelies de Vries	Yvonne Roselaers, Annelies de Vries			Annelies de Vries
VGZ	Ans Christis		Ans Christis	Ans Christis	Jenny de Jong
VVAH	Jan Kruithof	Jan Kruithof			Jan Kruithof
Ministerie van VWS	Lidwien Verweij, Mireille Debets, Tessy Nelissen	Lidwien Verweij	Lidwien Verweij, Tessy Nelissen	Coen Veld, Hans Venderbos, Jet Beaumont	Lidwien Verweij, Hugo van Kasteel, Tessy Nelissen, Flora Mulder
ZN	Sjoerd Terpstra	Sjoerd Terpstra	Anne Pino	Sjoerd Terpstra	Sjoerd Terpstra

Bijlage 4
Geboortezorg in cijfers

Figuur 5: Aantal bevallingen (2010-2013)[4]



Figuur 6: Aantal bevallingen per type bevalling (2013)[4]



Bijlage 4
Geboortezorg in cijfers

- Een mogelijke reden voor sterke daling van het aantal poliklinische bevallingen in 2012 is dat de declaraties van geboortecentra bevallingen vanaf 2012 niet zichtbaar zijn in de data.

Tabel 3: Procentuele groei van het aantal bevallingen per type bevalling en per bevallingsjaar[4]

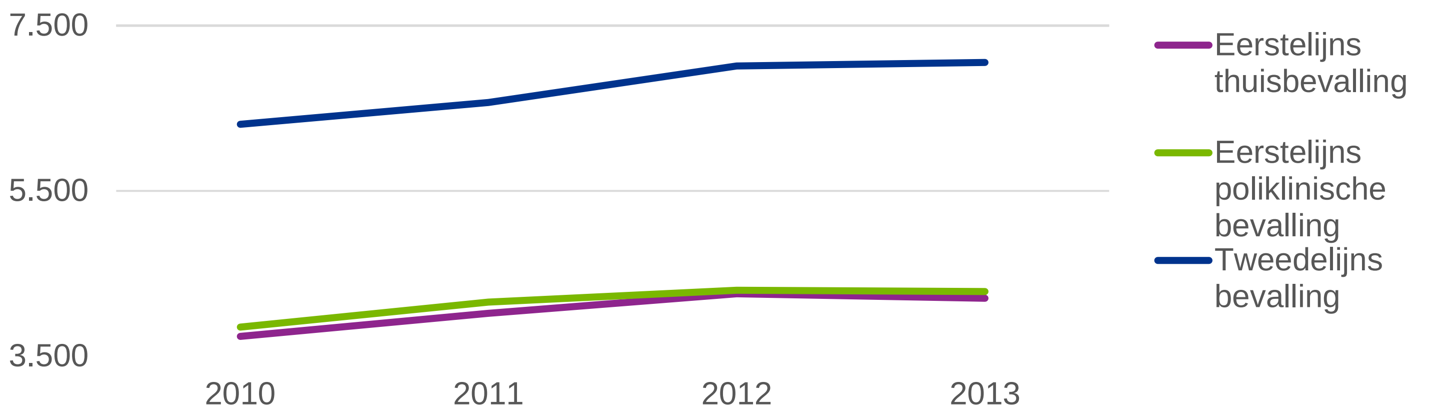
Type bevalling	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Totaal: 2010-2013
Eerstelijns thuisbevalling	-9,3%	-2,5%	-2,3%	**-13,6%**
Eerstelijns poliklinische bevalling	2,4%	-13,3%*	-2,9%	**-13,7%***
Tweedelijns bevalling	-0,3%	-0,3%	-2,6%	**-3,2%**
Totaal	**-2,1%**	**-1,9%**	**-2,5%**	**-6,4%**

Tabel 4: Procentuele groei van de omzet per type zorg en per declaratiejaar[4]

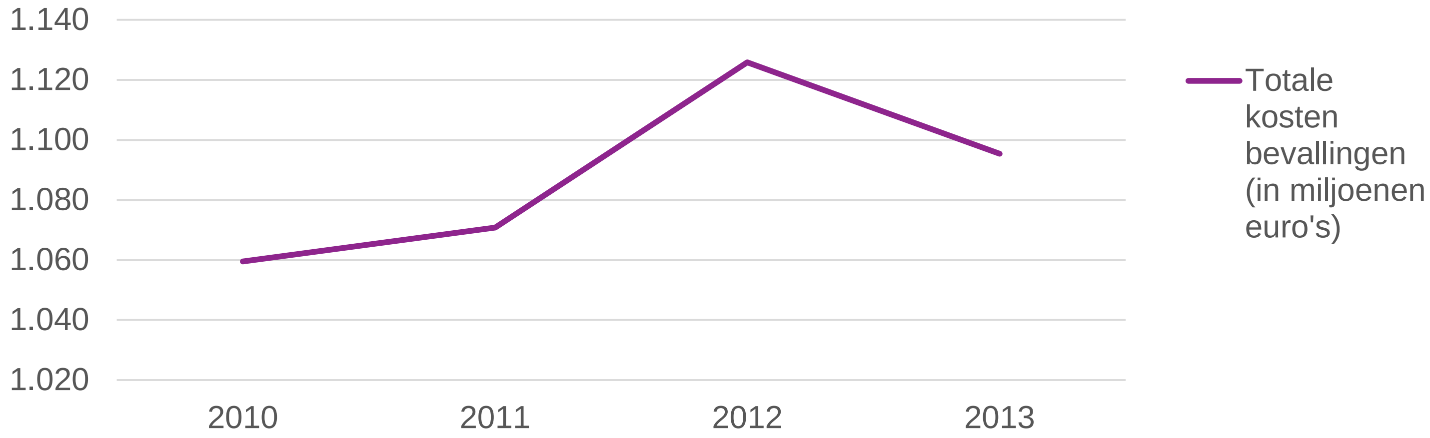
Type zorg	2010-2011	2011-2012*	2012-2013*	Totaal: 2010-2013
Eerstelijns verloskundige zorg	6,3%	7,2%	-0,1%	**13,9%**
Verloskundige screening en diagnostiek	18,2%	12,8%	-2,3%	**30,3%**
Eerstelijns poliklinische zorg	1,8%	-31,6%*	-2,6%*	**-32,1%***
Tweedelijns verloskundige zorg	-1,0%	6,1%	-4,2%	**0,5%**
Kraamzorg	0,5%	1,7%	-1,4%	**0,8%**
Totaal	**1,1%**	**5,1%**	**-2,7%**	**3,4%**

Bijlage 4
Geboortezorg in cijfers

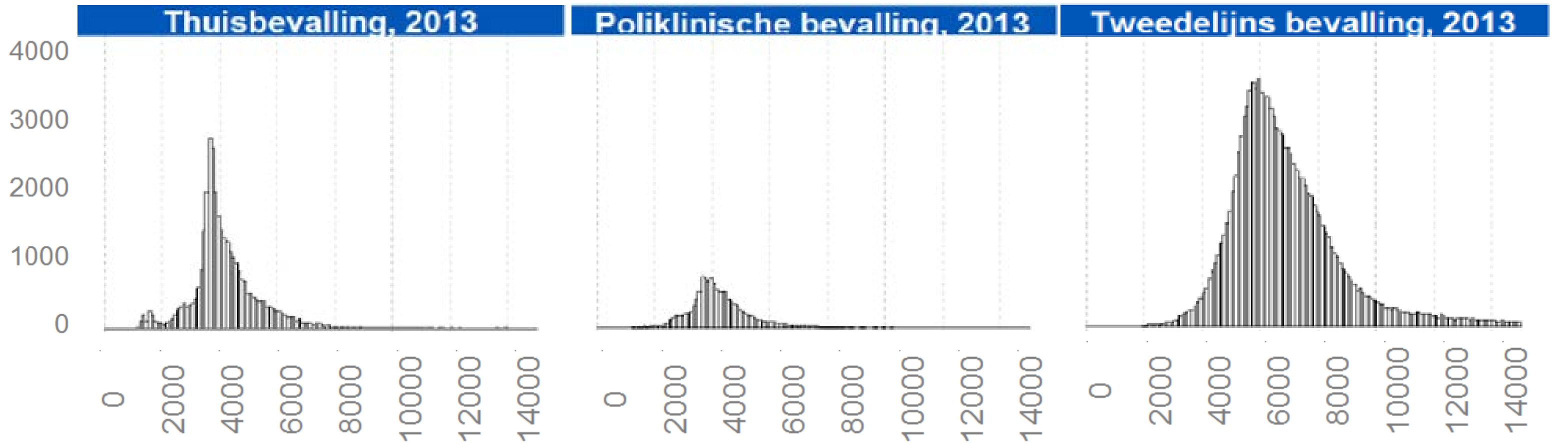
Figuur 7: Gemiddelde kosten per type bevalling in EUR (2010-2013)[4]



Figuur 8: Totale kosten geboortezorg in mln EUR (2010-2013)[4]



Figuur 9: Spreiding totale kosten per type bevalling (2013)[4]



Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die zijn opgenomen in integrale bekostiging - Verloskundige zorg (1/2)

Prestatiecode	Omschrijving
1001	Volledige verloskundige zorg
1011	Volledige verloskundige zorg (achterstandswijk)
1101	Volledige prenatale zorg
1102	Volledige natale zorg
1103	Volledige postnatale zorg
1111	Volledige prenatale zorg (achterstandswijk)
1112	Volledige natale zorg (achterstandswijk)
1113	Volledige postnatale zorg (achterstandswijk)
1201	Pren. zorg van 0 t/m 14 weken
1203	Pren. zorg tot na 29 wk, vóór partus 2e lijn
1204	Pren. zorg tot 15 t/m 29 weken
1211	Pren. zorg van 0 t/m 14 weken (achterstandswijk)
1213	Pren. zorg tot na 29 wk vóór partus 2e lijn (achterstandswijk)
1214	Pren. zorg tot 15 t/m 29 weken (achterstandswijk)
1301	Pren. zorg van 0 t/m 14 weken, 1e vk
1302	Pren. zorg tot 15 t/m 29 weken, 1e vk
1303	Pren. zorg tot na 29 wk, doch vóór partus, 1e vk
1311	Pren. zorg van 0 t/m 14 weken, 1e vk (achterstandswijk)
1312	Pren. zorg tot 15 t/m 29 weken, 1e vk (achterstandswijk)
1313	Pren. zorg tot na 29 wk, doch vóór partus, 1e vk (achterstandswijk)
1351	Pren. zorg vanaf 0 t/m 14 weken, 2e vk
1352	Pren. zorg vanaf 15 t/m 29 wk, 2e vk
1353	Pren. zorg vanaf 29 weken, doch vóór partus, 2e vk
1361	Pren. zorg vanaf 0 t/m 14 wk, 2e vk (achterstandswijk)
1362	Pren. zorg vanaf 15 t/m 29 wk, 2e vk (achterstandswijk)
1363	Pren. zorg vanaf 29 wk, doch vóór partus, 2e vk (achterstandswijk)
1401	Uitwendige versie bij stuitligging
1602	Algemene termijn echo
1603	Spec diagn echo: groeistagnatie

Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die zijn opgenomen in integrale bekostiging - Verloskundige zorg (2/2)

Prestatiecode	Omschrijving
1604	Spec diagn echo: bloedverlies
1605	Spec diagn echo: uitwendige versie bij stuitligging
1606	Spec diagn echo: ligging
1607	Spec diagn echo: placentacontrole
1610	Counseling
1612	SEO eenling of eerste kind meerling
1622	SEO volgend kind bij meerling
1625	NT-meting met MI, eenling of 1e v. meerling
1626	NT-meting zonder MI, eenling of 1e v. meerling
1627	NT-meting met MI, volgend kind meerling
1628	NT-meting zonder MI, volgend kind meerling
Per 2016	Module Entonox voor Geboorte centra

.

Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die niet zijn opgenomen in integrale bekostiging - Verloskundige zorg

Verloskundige zorg voor RZA-verzekerden in centrale opvanglocaties en extra taken voor asielzoekers zijn niet opgenomen in het integrale tarief.

Prestatiecode	Omschrijving
1021	Volledige verloskundige zorg, RZA-verzekerden in de centr.opv.
1121	Volledige prenatale zorg, RZA-verzekerden in de centr.opv.
1122	Volledige natale zorg, RZA-verzekerden in de centr.opv.
1123	Volledige postnatale zorg, RZA-verzekerden in de centr.opv.
1222	Pren. zorg van 0 t/m 14 weken, RZA-verzekerden in de centr.opv.
1223	Pren. zorg van 15 t/m 29 weken, RZA-verzekerden in de centr.opv.
1321	Pren. zorg na 29 weken doch vóór de bevalling, RZA-verzekerden in de centr.opv.
1322	Pren. zorg van 15 t/m 29 weken, eerste zorgaanbieder, RZA-verzekerden in de centr.opv.
1323	Pren. zorg na 29 weken doch vóór de bevalling, eerste zorgaanbieder, RZA-verzekerden in de centr.
1371	Pren. zorg van 0 t/m 14 weken, 2e vk, RZA-verzekerden in de centr.opv.
1372	Pren. zorg van 15 t/m 29 weken, 2e vk, RZA-verzekerden in de centr.opv.380,88
1373	Pren. zorg na 29 weken doch vóór de bevalling, tweede zorgaanbieder, RZA-verzekerden in de centr.
9012	Extra taken voor asielzoekers

Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met diagnosecode-omschrijvingen die zijn opgenomen in integrale bekostiging - Gynaecologie

Hieronder staan alle diagnosecodes inclusief diagnosecode-omschrijvingen van geboortezorg geleverd binnen het specialisme van obstetrie en gynaecologie (gebaseerd op de typeringslijst gynaecologie per 1 januari 2016) die binnen de integrale bekostiging vallen. De specifieke zorgproductcodes, welke onder de verschillende diagnose codes vallen, staan weergeven op de volgende twee pagina's (31 en 32).

Diagnosecode	Diagnosecode-omschrijving
Z11	Verloskundig adviesconsult (max. 2 consulten)
Z12	Abortus, EUG, hyperemesis gravidarum en andere pathologie behorend bij de eerste 16 weken graviditeit
Z13	Molazwangerschap (partieel of compleet)
Z41	Overige begeleiding graviditeit in tweede lijn
B41	Overige begeleiding partus in de tweede lijn, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
G29	Preconceptioneel advies
K23	Postnatale complicaties en/ of nazorg na partus inclusief nacontrole

De volgende combinaties zijn daarom opgenomen in de Diagnose Combinatie Tabel[7] :

- B41-G14 en G14-B14
- B41-G28 en G28 – B41
- G29-G29
- G29-Z11 en Z11-G29
- Z41-G14 en G14-Z41
- Z41-G28 en G28-Z41
- Z41-Z11 en Z11-Z41

[7)] DBC Onderhoud. (2015) Wijzigingen DBC-release RZ16a Versie 20150701 ingangsdatum 1 januari 2016

Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die zijn opgenomen in integrale bekostiging – Gynaecologie (1/2)

Diagnosecode	Zorgproductcode	Zorgproductomschrijving
Z12, Z13	150101002	Operatie wegens buitenbaarmoederlijke zwangerschap bij een zwangerschap eindigend in een miskraam
Z12, Z13	150101003	Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij een zwangerschap eindigend in een miskraam
Z12, Z13	150101004	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij een zwangerschap eindigend in een miskraam
Z12, Z13	150101006	Zwangerschapsonderbreking of weghalen miskraam bij een zwangerschap eindigend in een miskraam
Z12, Z13	150101007	Meer dan 2 dagbehandelingen of polikliniekbezoeken en/of onderzoeken bij een zwangerschap eindigend in een miskraam
Z12, Z13	150101008	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij een zwangerschap eindigend in een miskraam
Z12, Z13	150101009	Ziekenhuisopname van 6 tot en met 28 verpleegdagen bij een zwangerschap eindigend in een miskraam
Z12, Z13	150101011	1 of 2 polikliniekbezoeken bij een zwangerschap eindigend in een miskraam
Z41	159999010	Plaatsen van een bandje om de baarmoedermond bij begeleiding zwangerschap
Z41	159999016	Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij begeleiding zwangerschap
Z41	159999017	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij begeleiding zwangerschap
Z41	159999019	Meer dan 2 bezoeken aan dagbehandeling of polikliniek bij begeleiding zwangerschap
Z41	159999020	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij begeleiding zwangerschap
Z41	159999021	Ziekenhuisopname van 6 tot en met 28 verpleegdagen bij begeleiding zwangerschap
Z41	159999023	Meer dan 2 onderzoeken bij begeleiding zwangerschap
Z41	159999027	1 of 2 polikliniekbezoeken bij begeleiding zwangerschap
Z41	159999030	1 of 2 polikliniekbezoeken voor advies bij zwangerschap bij advies bij zwangerschap
Z41	159999032	Begeleiding zwangerschap | Intra-uteriene shuntchirurgie | Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Z41	159999033	Begeleiding zwangerschap | Vruchtwaterpunctie/ chorionbiopsie | Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die zijn opgenomen in integrale bekostiging – Gynaecologie (2/2)

Diagnosecode	Zorgproductcode	Zorgproductomschrijving
B41	159899004	Bevalling met behandeling van nabloeding bij ernstig bloedverlies tijdens de bevalling
B41	159899007	Keizersnede bij een bevalling
K23	159899008	Maximaal 5 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
B41	159899010	Bevalling met (handmatig) verwijderen van de placenta of operatie in geval van scheur in de baarmoederhals bij een vastzittende moederkoek/ scheur in de baarmoederhals
K23	159899011	Meer dan 28 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
K23	159899012	6 tot en met 28 dagbehandelingen en/ of verpleegdagen bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
K23	159899013	Behandeling van nabloeding bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
B41	159899014	Begeleiding van een stuitligging of meerling bij een stuitligging bij de bevalling/ bevalling meerling
K23	159899016	(Handmatig) verwijderen van de placenta of operatie in geval van scheur in de baarmoederhals bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
B41	159899017	Bevalling via de vagina met behulp van een verlostang of vacuumcup bij een kunstverlossing
B41	159899019	Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling
K23	159899020	Behandeling of onderzoek in de polikliniek bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene

Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met diagnosecode-omschrijvingen die niet zijn opgenomen in integrale bekostiging – Gynaecologie (1/2)

Hieronder (en op pagina 34) staan alle diagnosecodes inclusief diagnosecode-omschrijvingen van geboortezorg geleverd binnen het specialisme van obstetrie en gynaecologie (gebaseerd op de typeringslijst gynaecologie per 1 januari 2016) die buiten de integrale bekostiging vallen.

Onderstaande diagnosecodes behoren namelijk tot derdelijns perinatale zorg, welke plaats vindt in een perinatologisch centrum waar zowel een afdeling voor obstetrische 'high care' (OHC) als een neonatale intensive care unit (NICU) aanwezig is. Op een OHC-afdeling worden ernstig zieke zwangeren opgenomen met bijv. (pre)- eclampsie, een ernstig bedreigde zwangerschap, dreigende vroeggeboorte vóór de 32e week, een geschat geboortegewicht van minder dan 1250 gram of aangeboren afwijkingen[8].

Dit type zorg kent een karakter van lage volumes en hoge kosten en wordt wegens kostenhomogeniteitsredenen niet opgenomen in de integrale bekostiging. De specifieke zorgproductcodes, welke onder de verschillende diagnose codes vallen, maar buiten de integrale bekostiging vallen, staan weergeven op de pagina 35 en 36.

Diagnosecode	Diagnosecode-omschrijving
B11	Begeleiding partus in verband met HELLP-syndroom, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
B12	Begeleiding partus in verband met ernstige pre-eclampsie, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
B13	Begeleiding partus in verband met foetale groeivertraging met gewicht< 1250 gr, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
B14	Begeleiding partus in verband met vroeggeboorte < 32 weken, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
B15	Begeleiding partus in verband met extreme vroeggeboorte < 26 weken, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
B16	Begeleiding partus in verband met congenitale afwijkingen bij het kind, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
B17	Begeleiding partus in verband met foetale hartritmestoornis met specifieke bewakingsbehoefte, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
B18	Begeleiding partus in verband met meerlingzwangerschap met ≥ 3 kinderen, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
B19	Begeleiding partus in verband met transfuseur-transfusésyndroom, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
B20	Begeleiding partus in verband met overige foetale indicatie, inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
B21	Begeleiding partus in verband met overige ernstige maternale indicatie. inclusief complicaties, nazorg en nacontrole
K25	Postnatale depressie (PND)

8) van Eyck, J. et al. (2008), Derdelijns verloskundige zorg: doelstellingen van het 'Planningsbesluit bijzondere perinatologische zorg' uit 2001 nog niet gehaald.

Lijst met diagnosecode-omschrijvingen die niet zijn opgenomen in integrale bekostiging – Gynaecologie (2/2)

Diagnosecode	Diagnosecode-omschrijving
Z20	Begeleiding graviditeit in verband met HELLP-syndroom
Z21	Begeleiding graviditeit in verband met ernstige pre-eclampsie
Z22	Begeleiding graviditeit in verband met foetale groeivertraging met gewicht < 1250 gr
Z23	Begeleiding graviditeit in verband met dreigende vroeggeboorte < 32 weken
Z24	Begeleiding graviditeit in verband met congenitale afwijkingen bij het kind
Z25	Begeleiding graviditeit in verband met foetale hartritmestoornis met specifieke bewakingsbehoefte
Z26	Begeleiding graviditeit in verband met meerlingzwangerschap met ≥ 3 kinderen
Z27	Begeleiding graviditeit in verband met transfuseur-transfusésyndroom
Z28	Begeleiding graviditeit in verband met overige foetale indicatie
Z29	Begeleiding graviditeit in verband met overige ernstige maternale indicatie

Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die niet zijn opgenomen in integrale bekostiging – Gynaecologie (1/2)

Diagnosecode	Zorgproduct-code	Zorgproductomschrijving
K23	159899008 + OHC code (190219)	Maximaal 5 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
K23	159899011 + OHC code (190219)	Meer dan 28 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
K23	159899012 + OHC code (190219)	6 tot en met 28 dagbehandelingen en/ of verpleegdagen bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
K23	159899013 + OHC code (190219)	(Handmatig) verwijderen van de placenta of operatie in geval van scheur in de baarmoederhals bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
K23	159899016 + OHC code (190219)	Behandeling van nabloeding bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
K23	159899020 + OHC code (190219)	Behandeling of onderzoek in de polikliniek bij complicaties na de bevalling/ kraambed in het ziekenhuis wegens opname pasgeborene
B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21	159899004 + OHC code (190219)	Bevalling met behandeling van nabloeding bij ernstig bloedverlies tijdens de bevalling
B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21	159899007 + OHC code (190219)	Keizersnede bij een bevalling
B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21	159899010 + OHC code (190219)	Bevalling met (handmatig) verwijderen van de placenta of operatie in geval van scheur in de baarmoederhals bij een vastzittende moederkoek/ scheur in de baarmoederhals
B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21	159899014 + OHC code (190219)	Begeleiding van een stuitligging of meerling bij een stuitligging bij de bevalling/ bevalling meerling
B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21	159899017 + OHC code (190219)	Bevalling via de vagina met behulp van een verlostang of vacuumcup bij een kunstverlossing
B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21	159899019 + OHC code (190219)	Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling

Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die niet zijn opgenomen in integrale bekostiging – Gynaecologie (2/2)

Onderstaande behandelingen worden uitgevoerd in een obstetrische 'high care' (OHC) (190219) en worden daarmee gezien als derdelijns perinatale zorg. Derhalve vallen onderstaande zorgproducten buiten de scope van integrale bekostiging.

Diagnose-code	Zorgproduct-code	DBC-zorgproductomschrijving
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999010 + OHC code (190219)	Plaatsen van een bandje om de baarmoedermond bij begeleiding zwangerschap
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999016 + OHC code (190219)	Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij begeleiding zwangerschap
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999017 + OHC code (190219)	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij begeleiding zwangerschap
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999019 + OHC code (190219)	Meer dan 2 bezoeken aan dagbehandeling of polikliniek bij begeleiding zwangerschap
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999020 + OHC code (190219)	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij begeleiding zwangerschap
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999021 + OHC code (190219)	Ziekenhuisopname van 6 tot en met 28 verpleegdagen bij begeleiding zwangerschap
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999023 + OHC code (190219)	Meer dan 2 onderzoeken bij begeleiding zwangerschap
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999027 + OHC code (190219)	1 of 2 polikliniekbezoeken bij begeleiding zwangerschap
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999030 + OHC code (190219)	1 of 2 polikliniekbezoeken voor advies bij zwangerschap bij advies bij zwangerschap
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999032 + OHC code (190219)	Begeleiding zwangerschap | Intra-uteriene shuntchirurgie | Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap
Z20, Z21, Z22, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, Z29	159999033 + OHC code (190219)	Begeleiding zwangerschap | Vruchtwaterpunctie/ chorionbiopsie | Zwangersch/bevall/kraamb zwangerschap

Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die zijn opgenomen in integrale bekostiging – Overige zorgproducten (OZP)

Declaratiecode-code	DBC-zorgproductomschrijving
37510	Prenatale screening: Nuchal Translucentie (NT-) meting (nekplooimeting) bij eenling en het eerste kind van een meerlingzwangerschap.
37512	Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) bij eenling en het eerste kind van een meerlingzwangerschap.
37514	Prenatale screening: Nuchal Translucentie (NT-) meting (nekplooimeting) bij ieder volgend kind van een meerlingzwangerschap.
37516	Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) bij ieder volgend kind van een meerlingzwangerschap.
37521	Prenatale screening: counseling.
191116	Prentaal Biochemisch Onderzoek
191117	Geavanceerd ultrageluid - groep 1.
191118	Geavanceerd ultrageluid - groep 2.
190043	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.
190044	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.
190045	Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.
190046	Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.
190047	Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.
190048	Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.
88770	Echografie à vue in verband met zwangerschap mits de röntgenoloog het fluorescentiebeeld persoonlijk beoordeelt.
39485	Echografie à-vue in verband met zwangerschap.

Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die niet zijn opgenomen in integrale bekostiging – Overige zorgproducten (OZP)

Klinische genetica en medisch specialistische zorg waarvoor een medisch specialist niet zijnde een gynaecoloog de hoofdbehandelaar is valt ook buiten de scope.

Declaratiecode-code	DBC-zorgproductomschrijving
191119	Prenatale genotypering (exclusief niet invasieve prenatale test (NIPT) zie 191133)
191133	Niet invasieve prenatale test (NIPT)
190032	Verblijf gezonde moeder
190033	Verblijf gezonden zuigeling

Bijlage 5
Zorgproducten/verrichtingen integrale bekostiging

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die zijn opgenomen in integrale bekostiging – Kraamzorg

Prestatiecode	Omschrijving
196201	Uur kraamzorg
196202	Inschrijving.
196203	Intake bezoek
196204	Partusassistentie nevenactiviteit
196205	Telefonische intake
196206	Uur partusassistentie
196210	Uur kraamzorg (achterstandswijk)
196211	Inschrijving (achterstandswijk)
196212	Intake bezoek (achterstandswijk)
196213	Partusassistentie nevenactiviteit (achterstandswijk)
196214	Telefonische intake (achterstandswijk)
196215	Uur partusassistentie (achterstandswijk)

Lijst met zorgproducten/verrichtingen die zijn opgenomen in integrale bekostiging – Kindergeneeskunde

Er zijn geen zorgproducten/verrichtingen kindergeneeskunde opgenomen in integrale bekostiging. De consultatieve functie valt wel binnen de reikwijdte van integrale bekostiging, maar kent geen aparte prestatiecode.

KPMG

cutting through complexity™

PLEXUS

Dit rapport is uitsluitend bestemd voor het Ministerie van VWS. Het is niet bedoeld voor andere partijen en het gebruik van dit rapport door andere partijen is dan ook voor eigen risico. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan het Ministerie van VWS.